Lane Medical Library

Aus dem Kindersanatorium Zell/Ebenhausen bei München
Leiter: Professor Dr. E. Benjamin

STANFORD UNIVERSITY
NOV
17
1938
LIBRARY

Über die sogenannten „gehäuften Absencen" im Kindesalter

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

cand. med. Herbert Rosenfeld

1935

Dissertationsdruckerei und Verlag Konrad Triltsch, Würzburg.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät München.

Referent:

Professor Dr. Erich Benjamin.

Im Jahre 1906 wurde von Friedmann ein Krankheitsbild beschrieben, das er zur Narkolepsie rechnete und später (1912) „gehäufte nervöse Absencen im Kindesalter" nannte. Seit dieser Zeit sind eine ganze Reihe von kleineren und größeren Arbeiten über dieses Thema erschienen und besonders Stier, Pohlisch, Oppenheim, Husler und zuletzt Westphal haben sich eingehend mit diesem Problem beschäftigt. Trotz der zahlreichen Veröffentlichungen, die sich mit dem Problem der gehäuften Absencen beschäftigen, ist das Krankheitsbild auch heute noch heiß umstritten. Insbesondere bereitet nach wie vor die Abgrenzung der genuinen Epilepsie gegenüber große Schwierigkeiten. Es gibt sogar Ärzte, die an dem Vorhandensein der von Friedmann beschriebenen Erkrankung zweifeln und die bei allen Fällen dieser Art eine epileptische Grundlage annehmen.

Da die Erkrankung im Kindesalter zweifellos recht häufig ist, besteht dringende Veranlassung, weitere Beiträge zu diesem Gegenstand zu liefern. Das soll im folgenden geschehen.

Wir haben die gesamte bisher vorliegende Literatur durchgesehen und stützen uns bei unseren Ausführungen auf insgesamt 71 Fälle.

Um zu einem klaren Urteil zu gelangen, durften diese Fälle nicht als Einheit behandelt werden. Wir mußten vielmehr zunächst eine Stammgruppe ausscheiden, die sich scharf als ein charakteristisches Krankheitsbild ausprägt.

Folgende Kriterien kamen für uns hierbei in Betracht:

1. Unter gehäuften Absencen verstehen wir ein Krankheitsbild, bei dem charakteristische Abwesenheitszustände im frühen oder späteren Kindesalter plötzlich einsetzen und bei dem restlose Heilung erfolgt. Diese Heilung muß durch die persönliche Beobachtung des betreffenden Autors bestätigt sein.

2. Wir halten den Nachweis für unbedingt erforderlich, daß durch die Erkrankung dauernde psychische Veränderungen irgendwelcher Art nicht hervorgerufen wurden. Insbesondere gilt das natürlich von der Intelligenz. Durchaus in den Rahmen der Erkrankung aber fallen charakterologische Eigenarten, wie sie mit der Neurose verbunden zu sein pflegen, ferner die üblichen neurotischen Symptome, wie Somnambulismus, Enuresis u.s.w.

3. Die gehäuften Absencen wurden von uns nur dann als charakteristisch anerkannt, wenn sie in Form kurzer Bewußtseinstrübungen vor allem am Tage auftraten. Es ist uns unwahrscheinlich, daß bei den gehäuften Absencen Attacken aus dem Schlafe

heraus auftreten. Daher wurden alle Fälle, bei denen ähnliches vermerkt war, aus der Tabelle I ausgeschieden.

Die kurzdauernde Bewußtseinspause ist das wesentliche Moment des pyknoleptischen Anfalls. Das Kind unterbricht plötzlich seine Tätigkeit oder das Gespräch, um nach Ablauf des Anfalls sofort wieder damit zu beginnen. Über den Grad der Bewußtseinsstörung läßt sich Sicheres nicht sagen. Versuche, die diese Frage klären könnten, sind vorläufig noch nicht unternommen worden und sind auch schwer durchzuführen. Nur einzelne Kinder reagieren innerhalb der Bewußtseinspause noch auf Anruf, die meisten jedoch auf schmerzhafte Reize. Immerhin kann die Bewußtseinseinengung so bedeutend sein, daß die Kinder sich an irgend einen Gegenstand stoßen, oder daß sie auf der Straße in Gefahr kommen. Auch die Tatsache, daß gelegentlich beim Anfall etwas der Hand entfällt, spräche für eine erheblichere Bewußtseinsstörung. Jedenfalls ist als kardinales Symptom der Pyknolepsie die kurzdauernde mehr oder minder oberflächliche Bewußtseinstrübung anzusehen.

Der Anfall ist sehr häufig mit leichten motorischen Reizerscheinungen verbunden: die Augen sind nach oben gedreht, es besteht Nystagmus oder Zwinkern mit den Augenlidern, in anderen Fällen tritt ein feinschlägiger Tremor, geringfügige Zuckungen in den Extremitäten oder eine schnaufende, forcierte Atmung auf: Keinesfalls ist die Attacke mit erheblichen motorischen Erscheinungen, wie vor allem universellen Krämpfen verbunden.

Manchmal treten vasomotorische Erscheinungen (Erblassen, Erröten) deutlich hervor.

Die meisten Kinder scheinen sich nicht daran zu erinnern, was während des Anfalls vorgegangen ist, viele aber geben an, die Tatsache, daß ein Anfall vorhanden war, bemerkt zu haben.

Die Pupillenreaktion ist wegen der kurzen Dauer des Anfalls schwer zu prüfen. Manche Autoren berichten, daß auf Lichteinfall Reaktionslosigkeit bestehen soll. Einnässen während des Anfalls ist relativ häufig (20%).

Tabelle I.

28 Fälle von Pyknolepsie, bei denen charakteristische pyknoleptische Anfälle auftraten, bei denen die Erkrankung bis zur vollen Heilung beobachtet wurde und bei denen irgendwelche durch die Erkrankung hervorgerufene psychische Veränderungen nach Ablauf der Erkrankung fehlten.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familienanamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 1.							
Engelhard 1914 Monatsschrift f. Psych. u. Neur. Bd. 36, S. 208. (Fall 2)	10 J., Junge	Vater nervös, 5 Geschwister	Beginn mit 10 Jahren nach einem Straßenunfall (1 Woche später Absencen).	Munter und vergnügt. Soll psychisch ganz gesund sein. Zucken mit Armen und Beinen beim Anfall.	8 Wochen, dann geheilt n. Isolierung. $2^1/_2$ J. nachbeob.	—	poliklin. u. klin.
Fall 2.							
Engelhard 1914 (Fall 5)	14 J., Mädchen	Mutter nervös, Cousine Anfälle, 4 Kinder.	Beginn mit 11 Jahren. Einfluß durch Stimmung nie bemerkt. Weniger bei viel Arbeit und wenn den ganzen Tag im Freien; beim Ankleiden häufig. Bei Isolierung viel besser.	Launisch, oft deprimiert, weint leicht. Einmal beim Anfall: Pat. läuft der Schwester weg und einen Weg hinunter. Anfälle später nur sehr selten.	nach $2^1/_2$ Monaten geheilt. 3 Monate nachbeob.	etwas degenerierter Ausdruck, kräftig, blaß	klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 3.							
Friedmann 1906 Dt. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 30 (Fall 6)	8 J., Mädchen	—	Beginn mit 4 Jahren nach Adenoidenoperation. Bei Arzt sehr häufig. Aufhören bei Bettruhe. „Wurde sie in der Schule a. d. Tafel gerufen, so bekam sie mehrere Anfälle". Besonders beim Rechnen (strenger Lehrer).	Lernte nicht gut. „Gichter". Anfälle lassen sich künstlich unterbrechen.	Mit 19 J. keine Anfälle mehr, nur Verstummen gelegentl.	—	poliklin.
Fall 4.							
Friedmann 1912 Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9 S. 245. (Fall 1)	$5^3/_4$ J. Mädchen	Vater ängstl. u. pedantisch	Beginn mit $5^1/_2$ Jahren. Schulangst primär. Verringerung, zeitweise Aufhören bei Landaufenthalt (2 ×). Während Unterricht wieder Auftreten.	ungemein beweglich, lebhaft, geweckt, altklug. Furcht vor Schule und Lehrer. Unruhiger Schlaf, schlechter Appetit, Kopfschmerz.	$2^1/_2$ J. n. Beg. hörten Anf. auf. Nach 1 J. Rückfall, dann wieder verschw. Erst kurz frei v. Anfällen	zart, blaß	poliklin

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 5.							
Husler 1921 Ergebn. d. Inn. Med. u. Kinderheilk. (Fall 8)	4 J., Mädchen	Mutter nervös, als Kind episod. Bewußtseinstrübungen. Großvater Neuropath Einz. Kind	Beginn m. 4 Jahren. Großvater hat nie Ruhe, peinigt die Umgebung, hat Wutausbrüche, lebt mit dem Kind zusammen. „Ständiger von der Umgebung ausgehender Reiz löst hier die Anfälle aus". Obstipation wirkt verschlimmernd.	Mit 3 J. bettrein, launisch, labil, nie frisch, nervös, unruhig. Kleinschlägiger Tremor bei den Anfällen (sonst typisch). Später noch Enuresis. Schlaflosigkeit, ängstl. schreckhaft, Angstträume, Pavor.	Unter Milieuwechsel schwanden Anf. Bei Rückk. wieder Auftret. In Pensionat auch wieder Verschwinden der Anfälle.	blaß	—
Fall 6.							
Husler 1921 (Fall 9)	5 J., Mädchen	Vater nervöse Darmkrisen. Mutter Asthma. Geschwister Wutkrämpfe	Beginn mit 5 Jahren. Nach den Anfällen blaß und müde.	lebhaft, intelligent. Anfälle typisch.	Dauer 2 J. 3 J. nachbeobachtet	Hyperreflexie	—
Fall 7.							
Kochmann 1923 Arch. f. Kinderheilk. Bd. 73.	7 J., Mädchen	Mutter s. nervös. 1 Bruder an Krämpfen gest.	Beginn mit 7 Jahren.	ruhiges, etwas ängstliches Wesen. Einnässen bei jedem Anfall. Später oft Kopfschmerz. Patient sei später sehr nervös gewesen.	Dauer 2 J. Verschw. n. Erholungsaufenthalt 9 J. nachbeobachtet.	—	Klin. und poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 8.							
Lindenblatt 1925 Arch. f. Psych. u. Nerv.kr. Bd. 74, S. 110. (Fall 1)	10 J., Mädchen	—	Beginn mit 5 Jahren.	Intelligenz mäßig. Typische Anfälle.	Nach Klinik-behandl. Heilung. 8 J. nachbeobachtet	klein, Schwächlich	Klin.
Fall 9.							
Max Meyer 1920 Zeitschr. f. Kinderheilkd. Bd. 27 (Fall 1)	7 J., Mädchen	Eltern nervös	Auftreten der Anfälle nach erstem Schulbesuch.	zapplig, nervös, frühreif. Neuropath. Habitus. Urinabgang während des Anfalls häufig. Anfälle typisch.	Dauer 5 J. geheilt	Puls labil syst. Geräusch	Klin.
Fall 10.							
Pohlisch 1923 Arch. f. Psych. u. Nerv.kr. Bd. 67/68, S. 424 (Fall 1)	4 J., Mädchen	Mutter hyster. Weinkrämpfe	Beginn mit 4 Jahren. Erster Anfall vielleicht nach Schreck (Anspringen einer Katze). Später bei Aufregung keine Häufung.	Bis 11 J. als einziges Kind aufgewachsen, verwöhnt, altklug, frühreif.	Dauer 4 J. 5 J. nachbeobachtet	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 11.							
Pohlisch 1923 (Fall 2)	9 J., Junge	—	Beginn mit 9 Jahren nach einem Straßenbahnunfall. Später von Erlebnissen unabhängig. Bis 100 Anfälle täglich.	Einziges Kind, sehr verwöhnt. Bis z. 10. J. Bettnässen. Schwer erziehbar. Intelligent, aber eigensinnig, gutmütig. Mit 19 J. asozialer, haltloser Psychopath. Homosexuell. 1× während Anfall vom Turngerüst gestürzt.	Dauer 5 J. 5 J. nachbeobachtet	Fac. +	Poliklin.
Fall 12.							
Pohlisch 1923 (Fall 3)	9 J., Junge	—	Beginn mit 9 Jahren. Erster Anfall ohne erkennbare Ursache. Anfälle häufiger bei Erregung, am häufigsten in der Schule.	Bis 4 J. einziges Kind.	6 J. Dauer. 8 J. nachbeobachtet.	—	Poliklin.
Fall 13.							
Pohlisch 1923 (Fall 4)	7½ J. Mädchen	Vater leicht erregbar. Mutter reizbar, schl. Schlaf. Tante Affektkrämpfe Tante der Mutter: nicht epilept. Anf.	Beginn mit 7½ J. 1. Anfall ohne erkennbare Ursache. Ein Anfall beim Schwimmen; später bei Aufregungen häufiger.	Lebhaft, für alles interessiert, weint leicht. Schlechter Schlaf. Sehr intelligent.	9 J. Dauer. 3 J. nachbeobachtet.	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 14.							
Pohlisch 1923 (Fall 5)	7 J., Mädchen	6 Geschwister Zahnkrämpfe. Pat. ebenfalls. Tante Krämpfe.	Erster Anfall nicht beobachtet. Vielleicht Häufung bei Erregung. Abends bei Schularbeiten häufiger. Beginn mit 7 Jahren.	Lebhaft, munter, ohne psychische Auffälligkeiten. Anfall typisch. (einmal fast gegen die Straßenbahn gerannt).	4 J. Dauer. 3 J. nachbeob., nach Klinikaufn. sof. frei.	—	Poliklin. und klin.
Fall 15.							
Pohlisch 1923 (Fall 7)	5 J., Mädchen	—	1. Anfall ohne erkennbare Ursache. Anfälle bes. häufig beim Schreiben. Beginn mit 5 Jahren.	Einziges Kind. Quirlig; lebhaft, flüchtig. Anfall typisch.	Dauer 4 J. 2 J. nachbeobachtet.	zart, blaß.	Poliklin.
Fall 16.							
Pohlisch 1923 (Fall 8)	3 J., Junge	Mutter nervös, Bruder Schreikrämpfe.	Beginn mit 3 Jahren. Erster Anfall ohne erkennbare Ursache. Häufig bei Schreiben und Ausschelten.	Mäklig, eigenwillig, verwöhnt, ängstlich, mädchenhaft. Anfälle ohne Besonderheit: einmal beinahe von Pferdefuhrwerk überfahren worden. Mehrmals Urinabgang. Sonst: Enuresis, Muttersöhnchen, Schlafstörung.	Dauer 8 J. 2 J. nachbeob. Nach Kommunion Aufhören der Anfälle.	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 17.							
Pohlisch 1923 (Fall 9)	6½ J. Mädchen	Vater Hypochonder. Mutter hyster.	Beginn mit 6½ J. Pyknoleptische Anfälle ohne erkennbare Ursache. Hyster. Anfälle nur bei unangenehmen psych. Emotionen.	Einziges Kind. Mittelpunkt häusl. Interesses. Mehrere Typen von Anfällen: hysterische, bei psych. Emotionen (bei Ausschelten seit d. 9. J.). Hyster. Anfall: Zukkungen im linken Bein. Sinkt wie bewußtlos zus., Bewußtsein aber erhalten.	Dauer 2½ Jahre. 7 J. nachbeobachtet.	sehr zart, schwächlich, blaß, Menses unregelmäßig.	Poliklin.
Fall 18.							
Pohlisch 1923 (Fall 10)	10 J., Mädchen	Mutter Schreikrämpfe u. Hysterie. Eine Schwester debil, die andere nervös.	Beginn mit 10 J. Erster Anfall beim Baden, dann abends nach längerem Aufbleiben. Sonst unabhängig von exogenen Momenten. Hyster. Anfälle nur bei Menses.	Schüchtern, nie frisch, weinerlich, übelnehmend. Pyknolept. Anfall typ. (1× in Graben u. Schaufenster m. d. Rad gefahren). Hyster. Anfall: zuckt stundenlang ängstlich zusammen.	Dauer 4 J. 7 J. nachbeobachtet.	Fac. + zart.	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 19.							
Pohlisch 1923 (Fall 11)	6 J., Junge	—	Beginn mit 6 Jahren, ohne erkennbare Ursache. Gehäuft durch Schläge (täglich v. Vater). Milieuwechsel erfolglos.	Einziges Kind, wild, brutal, egoistisch, einsichtslos, stiehlt. Typische Anfälle: Einnässen.	Dauer 2 J. 3 J. nachbeobachtet.	Ichthyosis.	Poliklin.
Fall 20.							
Pohlisch 1923 (Fall 12)	4 J., Mädchen	—	Beginn mit 4 Jahren. Bei unliebsamen Ereignissen und beim Rechnen.	Still, weich, lenksam, unterhaltsam. Später lebhaft, frisch, nicht reizbar. Typische Anfälle.	Dauer 9 J. 2 Monate nachbeob.	—	Poliklin.
Fall 21.							
Stier 1923 Ztschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 80, (Fall 1)	$6^1/_2$ J. Mädchen	Mutter nervös, 1 Bruder (gesund).	Beginn plötzlich mit $4^1/_2$ Jahren. Kein Trauma. Anfälle bei der Untersuchung.	Spät sprechen gelernt. Enuresis. Stammeln. Intellekt mäßig. Anfall typisch.	Mit 8 J. plötzlich Aufhören der Anfälle Dauer 1,5 J.	—	Poliklin. (ungenau).
Fall 22.							
Stier 1923 (Fall 2)	11 J., Mädchen	1 Bruder	Beginn m. 10 Jahren.	Lernt sehr schlecht. Frühgeburt. Keuchhustenkrämpfe als Säugling. Soll während des Anfalls auf Anruf reagieren.	Dauer 2 J. Aufhören der Anfälle mit Beginn der Pubertät (13 Jahre).	—	Poliklin. (ungenau).

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 23.							
Stier 1923 (Fall 4)	11¾ Jahre Junge	Mutter litt an epileptischen Krämpfen. 2 Geschwister gestorben	Beginn mit 10¼ J. Besonders bei Schularbeiten.	—	Bald Aufhören der Anfälle im Alter von 12 Jahren.	—	Poliklin. (ungenau).
Fall 24.							
Stier 1923 (Fall 5)	10 J., Mädchen	Vater taubst. dessen Bruder ebenso.	Beginn mit 9¾ J. Mehrfach nach Schreck, viermal während der Untersuchung.	Anfall nicht ganz typisch: Anheben der Arme, tonische Spannung, aber keine stärkeren Zuckungen.	Bald Aufhören der Anfälle n. gr. Schreck. (Trambahnzus.stoß)	—	Poliklin.
Fall 25.							
Stier 1923 (Fall 6)	8 J., Mädchen	Vater stottert Geschwister 10 u. 5 Jahre.	Beginn mit 6 Jahren.	Daumenlutschen bis zum 4. Jahr. Anfangs fast stets Einnässen beim Anfall.	Plötzliches Verschwinden der Anfälle mit 12 Jahren.	—	—
Fall 26.							
Stier 1923 (Fall 7)	5 J., Mädchen	Keine Geschwister.	Beginn mit 4¼ J.	Enuresis, Schlafstörung, Stimmritzenkrämpfe, Nägelkauen. Anfälle typisch.	Die Anfälle hören im Alter von 6¾ Jahren während eines Keuchhustens plötzlich auf.	KÖZ 0,4 MA Fac. +	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 27.							
Westphal 1932 Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 138, 5. Heft, S. 744. (Fall 1)	7 J., Junge	—	Beginn mit $6^1/_2$ J. 1. Auftreten nach Kinobesuch (großer Schreck durch die Drohung, wenn er die Zwischentitel im Film nicht lesen könne, würden ihm die Augen stehen bleiben). Anfälle fast nur, wenn erschreckt oder ängstlich gemacht worden war, wenn er sich fürchtete oder aufregte. Später ohne affektiven Anlaß auf rein vasomotorische Beanspruchung Anfall. (Anfall bei Augenspiegeln und Sensibilitätsprüfung). Mitten im Spiel (er habe an zu Hause gedacht).	Wenig Anschluß an andere Kameraden. Seit 6 Mt. aufgeregt, ängstlich, widerspenstig, jähzornig. Verträgt sich mit 2 J. älterer kräft. Schwester nicht. Erschreckt ihn u. prügelt ihn. Patient von Natur furchtsam, durch Schauergeschichten noch mehr verängstigt. Anfälle typisch, häufig bei Prügeleien m. d. Schwester. Gibt zu, Anfälle manchm. gemacht zu haben. Aktives Unterdrücken d. Anfälle möglich.	nach 5 Wochen frei von Anfällen.	Kräftig, Vasomotoriker.	Klin. beob.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 28.							
Westphal 1932 (Fall 2)	5 J., Junge	Vater nervös, aufbrausend.	Beginn mit 5 Jahren. Das Kind wurde einen Tag vor den 1. Anfall heftig erschreckt. Man hatte ihn in d. Backofen gesperrt. Man hielt brennende Zeitung hinein. Er durfte nicht mehr mit dem älteren Bruder schlafen, hat Angst v. d. Großvater u. d. Nikolaus. Man droht d. Kind, der alte Jude werde es holen. Der 1. Anfall trat nachts auf, wahrscheinlich wurde das Kind durch ein Geräusch erschreckt.	Kind seit dem 1. Anfall sehr bockig. Eigensinnig, furchtsam, aber sonst munter und geweckt. Der 1. Anfall trug epilept. Charakter, dauerte 1/4 Std.; schlug mit Armen u. Beinen um sich (kein Einnässen, kein Zungenbiß). Autor hält den Anfall für sicher psychogen. 2 Tage vor der Aufnahme eine große Anzahl *kleiner Anfälle.*	schnell frei.	—	Klin. beob.

Die Tabelle I, in der die „r e i n e n“ Fälle gesammelt sind, umfaßt nur 28 Beobachtungen. Es sind aber in der Literatur 71 Fälle von Pyknolepsie beschrieben worden. Von dem Rest der Fälle entsprechen 35 dem klinischen Bilde der Pyknolepsie, wie wir es oben geschildert haben. Bei diesen 35 Fällen wurde aber die Beobachtung nicht bis zur Heilung durchgeführt, sodaß immerhin Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen können. Die Fälle sind im Folgenden in tabellarischer Form zusammengefaßt:

Tabelle II.

35 Fälle von Pyknolepsie, bei denen charakteristische pyknoleptische Anfälle auftraten, bei denen aber die Erkrankung nicht bis zur Heilung beobachtet wurde.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 1.							
Cohn 1919 Monatsschrift f. Neur. u. Psych. Bd. 46, H. 1/3. (Fall 1)	14,5 J. Mädchen	Vater hyster. Psychopath. Jahrelang funktionelle Lähmung d. Beine. Onkel irrsinnig.	Beginn m. 13 Jahren. Anfälle bes. während des Unterrichts bei schwersten Aufgaben. Da ihr Mathematik am schwersten fällt, häufigste Anfälle in der Mathematikstd. Immer schlimmer, wenn seelisch erregt und überanstrengt. Häufung vor der Periode.	Ältestes Kind, ängstl. scheu, wollte nicht d. Hand geben, Leseratte, früher oft schlecht geschlafen, soll empfindlich sein, zarte Nerven. Weinte als Kind, wenn der Wagen rasselte, noch jetzt Gewitterfurcht. Leicht zu beeinflussen. Lehrerin sagt: körperl. phlegmatisch, furchtbar gutmütig, intelligent. Anfälle b. Spielen u. in Schule. *Macht schuldbewußtes Gesicht nachher.* Sehr sorgfältig erzog. Während des Anfalls kauende Bewegungen.	$3^1/_2$ J. beobacht. Eher besser geworden, nicht zu Ende.	—	—

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
				Fährt oft in mechanischen Bewegungen fort, schreibt in englischer Arbeit plötzlich deutsch. Bei Rechnen falsche Zahlen. An der Tafel mit Kreide hin und her gefahren. Hört dabei nicht, was gesprochen wird.			
Fall 2.							
Engelhard 1914 Monatsschrift f. Psych. u. Neur. Bd. 36, S. 208 (Fall 10)	10 J. Mädchen	Noch 6 Kinder.	Erstes Auftreten mit 9 Jahren nach Zurechtweisung durch d. Lehrer. Dann ohne Veranlassung mitten in jeder Beschäftigung; in der Schule am schlimmsten.	Zuhause nervös.	Durch Bettschirm i. d. Klinik nicht behoben. 1/2 Jahr beob. nicht geheilt.	—	Klin. und poliklin.
Fall 3.							
Friedmann 1906 Dt. Ztschr. f. Nervenheilkd. Bd. 30 (Fall 1)	8 J. Junge	Mutter nervös, Cousine soll ähnliche Anfälle haben.	Beginn mit 5 Jahren nach heftigem Schreck. Aussetzen d. Anfälle während Bettruhe. Häufung beim Ankleiden, bei Untersuchung.	Sehr lebhaft, heiter, aber erregbar, balgt gern. Sonst sehr schreckhaft (Gewitter). „Gichter", Schlafwandler. Einmal Anfall v. Schlafsucht (Narkolepsie?). Anfälle typisch.	Nach 4 J. vereinzelte Anfälle. Mit 22 J. noch vorhanden, werden aber nicht beachtet.	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 4.							
Homburger 1926 Psycho-pathologie S. 770.	6 J. Mädchen	Mutter nervös.	Beginn mit 6 Jahren.	Einnässen bis zum 3. J. Eigenwillig, vorlaut, schlagfertig, geltungssüchtig, kokett, eifersüchtig.	Nicht weiter beob.	—	Klin.
Fall 5.							
Husler 1921 Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilkd. (Fall 10)	5,5 J. Mädchen	Großvater: Suicid. Onkel: Alkoholiker. Vater: Quartalsäufer, dabei Unlust z. Arbeit. Unbegründete Angst v. Bankrott: Zwangsvorstellungen. Mutter: Morphinistin, Platzangst, Schwermutsanfälle, Zwangsvorstellungen. 19 Geschwister, alle stigmatisiert: Verstimmungen, Melancholie, Selbstmord, Überregbarkeit.	Beginn m. 5,5 J. Bei Erregungen, Hitze, Kälte nehmen Anf. zu. Andere besondere Anlässe nicht zu finden.	Scheu, einsilbig, zurückgezogen, gehemmt, sehr ängstlich, enorm schreckhaft. Angst, etwas falsch zu machen u. gemacht zu haben. Zittert bei Strafandrohung. Starker Durst: Enuresis bei Tag und Nacht. Enorme Unruhe, Schlafstörung. Typische Anfälle.	Anfälle seit 5 J. mit einjähriger Pause. Bei Schuleintritt erneut.	Menstruatio praecox	—

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familienanamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen od. sonstige auslös. Ursachen. Auftr. d. Anf.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 6.							
Lindenblatt, Arch. f. Psych. u. Nerv.kr. Bd. 74, S. 110. 1925. (Fall 3)	7 J. Mädchen	Großmutter nervös, Großvater relig. Wahnideen. Patient Jüngste von 11 Kindern.	Beginn m. 6 J. Während d. Untersuchg. 2 Anfälle.	Geistig frühreif.	3/4 J. beobachtet, nicht beendet.	zart	Klin.
Fall 7.							
Lindenblatt 1925 (Fall 4)	9 J. Mädchen	3. Kind v. 9 Geschw.	Beginn mit 6 J. Anfälle besonders häufig, wenn Kind sich selbst überlassen, ohne Beschäftigung ist. In Schule u. Arbeit bedeutend selt.	Sehr scheu u. ängstlich (zu Hause soll das Kind sehr munter und lebhaft sein).	1 1/2 J. beobachtet, nicht geheilt.	Kräftig. Hypertrophie d. Gaumen- u. Rachenmandeln	klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 8.							
Max Meyer 1920 Ztschr. f. Kinderheilkd. Bd. 27 (Fall 2)	7 J. Mädchen	Vater Trinker	Auftreten der Anfälle nach Schlag auf den Kopf.	Zapplig, nervös, frühreif, neuropath. Habitus, Urinabgang während d. Anfalls häufig. Pupillenreflex vorhanden.	Gebessert, aber nicht ganz geheilt.	Puls labil, syst. Geräusch	klin.
Fall 9.							
Max Meyer 1920 (Fall 3)	7 J. Mädchen	Mutter nervös	—	Zapplig, nervös, frühreif, neuropath. Habitus, Urinabgang während d. Anfalls häufig. Pupillenreflex vorhanden.	$^1/_2$ J. behandelt. Keine Besserung.	Puls labil, syst. Geräusch	klin.
Fall 10.							
Max Meyer 1920 (Fall 4)	7 J. Mädchen	Mutter Migräne.	—	Zapplig, nervös, frühreif, neuropath. Habitus, Urinabgang während d. Anfalls häufig. Pupillenreflex vorhanden.	Keine Besserung.	Puls labil, syst. Geräusch	klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 11.							
Oppenheim 1918 Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42 (Fall 1)	10 J. Junge	Vater hypochondr. Neurasth.	Beginn mit 8 Jahren ohne besonderen Anlaß. Gemütsbewegungen hatten keinen Einfluß. Bei schwererer Erkrankung kein Anfall. Anfall bei Untersuchung.	Verlängertes Einnässen. Sehr kluges Kind. Keine Charakterveränderung. Charakter nicht beschrieben.	Anfälle bestanden weiter.	—	poliklin.
Fall 12.							
Oppenheim 1918 (Fall 2)	11 J. Mädchen	Mutter: Hemikranie	Beginn m. 9½ Jahre. Serienweise Häufung von Anfällen. Öfter nach Aufregungen.	Sehr begabtes Kind. Keine Charakterbeschreibung.	6 Jahre beobachtet. Nicht geheilt.	—	poliklin.
Fall 13.							
Pohlisch 1923 Arch. f. Psych. u. Nerv.kr. Bd. 67/68, S. 424. (Fall 13)	6,5 J. Mädchen	—	Beginn m. 6½ Jahren. 1. Anfall ohne erkennbare Ursache. Morgens häufiger. Regelmäßig, wenn Patient seinen Willen nicht bekommt.	Schlechte Erziehung. Straßenkind. Delikte. Kann nicht still sitzen, eigensinnig. Anfälle typisch. Hinterher etwas müde.	5½ Jahre beobachtet, Anfälle bestehen weiter.	blaß, schlecht genährt	poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 14.							
Pohlisch 1923 (Fall 14)	7 J. Mädchen	Mutter: hyst. Anf. 1 Geschwister debil	Beginn m. 7 Jahren. Anfälle bei Zank u. unangenehmen Schulerlebnissen. Nach Schulentlassung allmählich seltener. Frei, „wenn sie keinen Ärger hat“. Durch Elektrisieren zweimal ausgelöst.	Bettnässen bis zum 6. J. Unruh. Schlaf. Überempfindlich gegen Wolle u. Gerüche. Bei Essen mäklig. Weint leicht, sprunghaft. Bei Anfällen: Körper wie Wachspuppe so steif. Leichte Schüttelbewegungen.	Noch vereinzelte Anfälle. 9 J. beob.	sehr zart	poliklin.
Fall 15.							
Pohlisch 1923 (Fall 15)	7 J. Mädchen	—	Beginn mit 7 Jahren. Anfälle b. Kälte häufiger (sagt Mutter). 1. Anfall ohne erkennbare Ursache.	Nesthäkchen, verwöhnt. Geweckt, geschickt, liest gern. Beim Anfall: manchmal Zusammenknikken, Hinfallen. Ein Anfall mit leichter Steifheit in linkem Arm und Bein. Anfälle allmählich leichter, ohne motorische Erscheinungen.	8 Jahre beob. Anfälle bestanden noch weiter.	Fac. + groß, kräftig	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 16.							
Pohlisch 1923 (Fall 16)	5 J. Mädchen	Vater Eigenbrödler, Mutter hysterisch	Beginn mit 5 Jahren. 1. Anfall nach harmlosem Sturz von der Schaukel. Sonst: häufiger b. Ausschelten.	Verwöhnt, schlecht erzogen, Eltern uneinig. Weinerlich, ängstlich, lebhaft, sehr interessiert, kommandiert gern, Anfall: Rumpf rückw. geneigt, drehende Bewegungen mit den Armen.	5 Jahre beob. noch nicht beendet.	Grazil	Poliklin.
Fall 17.							
Pohlisch 1923 (Fall 17)	3 J. Junge	—	Beginn mit 3 Jahren. Häufiger nach Aufregungen, seltener an ruhigen und gleichmäßigen Tagen.	Kolossal lebhaft, wild, weint leicht, aufbrausend, wütend, bescheiden, liebevoll, geweckt, interessiert. Mangel an Aufmerksamkeit. 2 Arten von Anfälle: kurze typisch. Längere Form: Kopfnicken, macht Klatschbewegungen.	5 Jahre beob. mit 7 J. tageweise frei, Anf. seltener u. kürzer, aber nicht vorbei.	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 18.							
Pohlisch 1923 (Fall 19)	6 J. Junge	2. Kind spasmophile Krämpfe 4. Kind Stimmritzen-krampf	Beginn mit 6 Jahren, ohne erkennbare Ursache. Morgens häufiger. In Klinik besser.	Schüchtern, Pavor, Überempfindlichkeit gegen Wolle. Spielt am liebsten allein. Sehr guter Schüler. Anfall: Kopf sinkt nach vorn, Mund steht zuweilen offen, leichte Wackelbewegungen mit den Armen (selten).	Durch Sugg.-Therapie in Klinik Anfälle reduz. auf 1-3. Landaufenthalt ohne Erfolg.	Fac. +	Klin. und poliklin.
Fall 19.							
Pohlisch 1923 (Fall 20)	6,5 J. Mädchen	—	Beginn m. 6½ Jahren ohne erkennbare Ursache. Bei Anschnauzen häufiger. Auch bei Schularbeiten. In Klinik experimentell durch Rechnen und Binetprüfung ausgelöst.	Einziges Kind, maßlos verwöhnt, altklug, läßt andere Kinder nicht zu Wort kommen, kokett, gern krank, nicht reizbar. Kurze Anfälle typisch, längere mit Kniebewegungen. Einmal von Leiter gestürzt (ohne Verletzg.), einmal gegengerannt. Gegenstände fallen gelassen.	In Klinik dch. Sugg.-Ther. reduziert, bestehen fort, nicht weiter verfolgt.	Fac. + sehr blaß, grazil.	Klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 20.							
Pohlisch 1923 (Fall 21)	5 J. Mädchen	Mutter Chorea.	Beginn mit 5 Jahren. Während Schießerei bei Kapp-Putsch 1. Anfall. Später: Ausschimpfen (vielleicht)	Einzig. Kind, altklug, unangenehm. Musterkind, befiehlt gern. Anschmiegsam, s. verwöhnt, s. interessiert, neugierig. Kopf sinkt beim Anfall manchmal nach hinten, taumeln, tänzeln (Amnesie).	In Klinik dch. Sugg.-Ther. nicht gebessert, nicht vorbei.	s. klein grazil	Klin. und poliklin.
Fall 21.							
Pohlisch 1921 (Fall 22)	8,5 J. Mädchen	Alle 4 Geschwister leicht Brechreiz.	Beginn m. 8½ Jahren. 1. Anfall ohne erkennbare Ursache. Sonst: einmal bei Injektionen und bei Elektrisieren (große Angst). Häufig bei Lesen und Rechnen. Von Mutter keine Häufung bei Ärger und Schreck beobachtet. Morg. mehr.	Wie einziges Kind aufgewachsen, verwöhnt, Nesthäkchen, Schwindel- u. Brechreiz in Straßenbahn u. b. Schaukeln. Unruhiger Schlaf, mäklig beim Essen. Bescheiden, altklug. Anfälle typisch. Manchmal Vorwärtsbeugen des Rumpfes u. Kniebewegungen. Weiß oft, daß Anfall war. Gegenstände fallen gelassen.	Seit Klinik seltener, aber noch fortbestehend. In Ferien seltener, nicht geheilt.	Weit entwickelt	Klin. und poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 22.							
Pohlisch 1923 (Fall 23)	5,5 J. Junge	—	Beginn m. 5½ Jahren. Ohne erkennbare Ursache. Häufig beim Elektrisieren. Angst davor. Mehrmals willkürlich v. Autor ausgelöst, indem Patient um Querachse gedreht wurde. Mehrmals auch mißglückt.	Weint leicht. Bei Anfall: 3 × Enuresis, mehrmals angerannt (Beulen), brach einmal zusammen.	In Klinik dch. Sugg.-Ther. seltener. Nach Entlassg. wie vorher, nicht vorbei.	Fac. + klein, grazil.	Klin. und poliklin.
Fall 23.							
Pohlisch 1923 (Fall 24)	11 J. Junge	Geschwister: Angstzustände, erregt, Anfälle.	Beginn m. 11 Jahren. 1. Anfall nach Stoß einer Ziege (unsicher). Anfälle: bei Schelten, Ärger, Klavierspielen (unangenehm), vor Untersuchungszimmer.	Bis zu. 11. Jahr Enuresis. Still, zart, empfindlich, aufbrausend, dickköpfig, gewissenhaft. „Biß sich als 1½ jähr. fest“ (Wut), intelligent. Anfälle typ. 1 × fast von Elektrische überf.	Landaufenthalt erfolglos. In Klinik besser dch. Sugg.-Ther. Nach Entlassg. wieder stärker. Nicht vorbei.	Sehr klein, grazil.	Klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 24.							
Pohlisch 1923 (Fall 25)	6 J. Mädchen	Vater und Mutter nervös	Beginn mit 6 Jahren nach Schulbesuch. Anfälle bei Schularbeiten.	Verwöhnt, weint bei rauhen Worten, ängstlich, schreckhaft, schlechter Schlaf, still, schüchtern, verträumt, sehr interessiert. Anfälle: Zucken i. Mundwinkel, (sonst typisch).	Aussetzen i. Klinik. 2 J. beob.	Sehr zart und klein.	Klin. und poliklin.
Fall 25.							
Pohlisch 1923 (Fall 26)	12 J. Mädchen	—	1. Anfall mit Beginn der Menses (12 Jhr.). Bei Erkältungen, Unpäßlichkeiten Zun. d. Anfälle. Bei angestrengtem Stenographieren selten, sodaß Chef noch nie Anfall sah. Häufung v. Menses. Serie gleich b. Aufstehen.	Lebhaft, geweckt, artig, höflich, sehr gute Auffassung, heiter, liest gern. Anfall typisch.	Klin. Behandlg. Besserung, keine Heilung. 10 J. beob.	—	Klin. und poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 26.							
Rohde 1912 Ztschr. f. d. ges. Neur. u Psych. Bd. 10 (Fall 67)	8 J. Mädchen	Mutter s. nervös.	Beginn mit 8 Jahren nach Tod d. Großvaters und Schulwechsel. Anfälle: bei Auswendiglernen. Häufung: bei Abreise d. Mutter, Besuch einer Dame, Anblick eines Leichenwagens, Besuch d. Vaters.	Hautausschläge. Ängstliche Furcht i. Dunkeln. Sehr weich, schwernehmend, sehr gewissenhaft, ehrgeizig, Tadel geht ihr sehr nahe. Schließt sich schwer an. Schule fällt ihr schwer. Anfall: „Schnaufer". Sonst typisch. Manchmal Enuresis.	Nicht beendet.	Blaß, große Tonsillen.	Klin.
Fall 27.							
Sauer 1916 Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 40, S. 276. (Fall 1)	11 J. Junge	Stark belast. Fam. Eltern blutsverw. Großeltern geisteskrank. Vater nervös verstimmt.	1. Auftreten m. $10^3/_4$ Jahren. Besonders bei Schularbeiten.	Früher Aufschreien im Schlaf. Geweckt, regsam, interessiert, höflich, artig, notiert, jeden Anfall. Anfälle typisch.	$^1/_2$ J. beob. Nicht geheilt, aber gebessert	Deformierte Ohren	Poliklin. und klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 28.							
Schröder 1913 Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70 (Fall 1)	10 J. Mädchen	Mutter nervös, Urgroßmutter geisteskrank.	Beginn mit 5 Jahren. In anderer Umgebung oder wenn Fremde da sind, meist Aufhören d. Anfälle. In Sprechstd. nie Anfall.	Schreckhaft, aufgeregt, wenig Umgang mit anderen Kindern. Neigung z. Unarten. Anfälle: fährt mit Hand übers Gesicht, läuft z. Fenster, wendet sich z. Licht. Einmal schwerer Ohnmachtsanfall (nach viel Obst).	Nicht weiter beob.	Als Kind schwächlich	Poliklin.
Fall 29.							
Schröder 1913 (Fall 2)	15 J. Junge	1 älterer Bruder Bettnäßen.	Beginn m. 7-8 Jahren.	Lebhaft, intelligent. Bis z. 9. Jahr kränklich, Kopfschmerzen, „psychopathischer Habitus“, Anfälle typisch.	Nicht weiter beob.	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 30.							
Stargardter, 1921 Jahrb. f. Kinderhlkd. Bd. 95 S. 230 (Fall 1)	7 J. Mädchen	—	Beginn m. 6½ Jahren. Bei Regenwetter häufiger. Anfälle bei Untersuchung.	Sehr empfindlich, weint aus nichtigen Anlässen, schläft schwer ein. Sehr gute Schülerin. Anfälle typisch.	6 J. beob. Anfälle leichter, aber nicht geheilt.	—	Poliklin.
Fall 31.							
Stargardter 1921 (Fall 2)	8 J. Junge	Vater s. nervös, stottert. Mutter depressiv.	Beginn mit 8 Jahren, ohne besonderen Anlaß.	Eigensinnig, schwer erziehbar, ohne Freund, fürchtet sich, allein auf d. Straße zu gehen. Quält d. jüngere Schwester.	Anfälle bestehen weiter.	Blaß.	Poliklin.
Fall 32.							
Stier 1922 Ztschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 80, S. 150. (Fall 16)	9 J. Junge	—	Beginn mit 7 Jahren, Absencen verschwanden früher beim Rütteln. Stark abhängig v. Affekten. „Wenn seine Kameraden ihn ‚Rotkopf', ‚Mondkieker', ‚Träumer' nannten, traten die Anfälle stark gehäuft auf".	Im Schlaf Sprechen und Aufschreien. Krämpfe bei Keuchhusten mit 7 Monaten. Respir. Affektkrämpfe bei Klaps und Ärger. Nie ohne Veranlassung. Aufhören mit 6 Jahren.	Nur 14 Tage beob. Keine Besserung.	—	Poliklin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
Fall 33.							
Stöcker 1913 Ztschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 18 (Fall 2)	11 J. Junge	Mutter Migräne, Onkel epilept., Schwester Zahnkrämpfe	Beginn mit 6 Jahren nach 1. Schulbesuch bei d. Schularbeiten u. beim Essen. (evtl. auch schon früher Anfälle). 3 Anfälle bei 1. Untersuchung.	Seit 2 Jahren eigensinnig, zänkisch, jähzornig, ängstlich, will nicht allein bleiben. Häufig Kopfweh v. 6—8 Jahren, oft im Schlaf gejammert, 2 × sitzengeblieben, häufig Einnässen bei den Anfällen, Hitzegefühl b. Anf., (merkt ihn nicht kommen). In Klinik nett und kindlich. Einmal nach d. Essen tiefer Schlaf (sehr schwer erweckbar).	2 J. beob. nicht geheilt.	Prognathie, Mundatmen, Fac. +	Klin.
Fall 34.							
Stöcker 1913 (Fall 3)	13 J. Junge	—	Beginn m. 8 Jahren. Patient demonstriert Anfall.	Munter u. lebendig. Vergeßlich geworden (Geld liegen gelassen). Lernt schlecht (leicht schwachsinnig). Kopfweh	5 Wochen beob. Gebessert, aber ungeheilt entlassen.	2 Haarwirbel über d. behaarten Stirn	Klin.

Autor, Jahr Literatur Fall? No.	Alter, Geschl.	Familien-anamnese	Beginn u. auslösende psychische Traumen oder sonstige auslösende Ursachen. Auftreten der Anfälle.	Charakter u. psych. Eigenarten des Patienten. Andere nervöse Symptome. Charakter d. Anfälle.	Dauer, Verlauf geheilt oder nicht geheilt? Nachbeob.?	Körperl. Sympt.	Klin. oder poliklin.
				(sowie er eine Arbeit macht). Träumt viel, meist ängstliche Sachen (daß er ausgezankt wird). Wenig intelligent. Kein epilept. Charakter. Enuresis b. Anf., Anfälle v. 5 Min. Dauer u. v. einigen Sekund.			
Fall 35.							
Zappert 1912 Med. Klin. 6. Dem.	8 J. Mädchen	—	Beginn m. 6 Jahren nach Schreck.	—	Nicht weiter beob.	sehr klein	Poliklin.

Von den in der Literatur beschriebenen Fällen bleiben jetzt noch 8 Beobachtungen übrig, die weder in Tabelle I noch in Tabelle II aufgenommen werden konnten, d. h. Fälle, die ihren klinischen Erscheinungen nach erheblich vom „Idealbild" der Pyknolepsie abweichen.

I. Aron, (1918),	legt sich auf den Boden. Klonische Zuckungen.
II. Engelhard (1914), (Fall 8)	nächtliche Anfälle mit Umsichschlagen.
III. Friedmann (1912), (Fall 2)	Anfälle auch in der Nacht. In der Nacht Aufsetzen, Beinbewegungen.
IV. Lindenblatt (1925), (Fall 2)	schläft ein, fällt manchmal um.
V. Pohlisch (1923), (Fall 6)	wahrscheinlich durch Hydrocephalus bedingte Anfälle.
VI. Pohlisch (1923), (Fall 18)	mehrmals Verletzungen beim Anfall. Anfälle aus dem Schlaf heraus.
VII. Sauer (1916), (Fall 2)	Kind läuft, wenn der Anfall kommt, fort (einmal Enkakesis).
VIII. Stier (1923), (Fall 3).	Hintüberfallen beim Sitzen, rhythmische Zukkungen, Anfälle auch nachts.

Die Frage nach der Entstehung und ersten Ursache des Auftretens von Absencen hat schon immer in der Literatur große Diskussionen hervorgerufen. In neuerer Zeit hat besonders Westphal darauf hingewiesen, daß dem ersten Anfall meist ein Schreck vorangeht. Er will auch das weitere Auftreten der Anfälle mit dem ersten Schreck in Verbindung setzen, da er Beziehungen und Ähnlichkeiten zwischen dem Anfall und dem affektiven Chok vermutet (Totstellreflex).

Auch andere Autoren, wie besonders Friedmann, haben schon früher darauf hingewiesen, daß Schreck durch Unfall oder andere Umstände häufig die auslösende Ursache der Anfälle darstellt. Husler macht aber darauf aufmerksam, daß dieser psychische Chok nicht in allen Fällen nachweisbar ist.

Stier, Stöcker, Kochmann und Lindenblatt betonen die Unabhängigkeit des ersten Anfalls von affektiven Anlässen. Heilbronner, Homburger und Pohlisch nehmen ein auslösendes psychisches Moment an, wenn auch letzterer auf die Seltenheit solcher Fälle verweist.

Tabelle III.

Zusammenstellung der in Tabelle I gesammelten Fälle nach ursprünglicher auslösender Ursache und Situationsbedingtheit.

Ursprüngliche auslösende Ursachen	Situationsbedingt	Alter b. Beg.	Autor	Geschlecht
1. Unfall	Nach Isolierung Heilung.	10 J.	Engelhard	Junge
2. —	Weniger bei viel Arbeit u. i. Freien, b. Isolierung besser, b. Ankleiden häufig.	11 J.	„	Mädchen
3. Operation	Besonders beim Rechnen (strenger Lehrer), beim Arzt. Anfälle künstl. zu unterbrechen. Aufhören bei Bettruhe.	4 J.	Friedmann	„
4. —	Aufhören bei Landaufenthalt. Besonders b. Schulunterricht.	5,5 J.	„	„
5. —	Ständiger, von der Umgebung ausgehender Reiz (Großvater). Obstipation.	4 J.	Husler	„
6. —	—	5 J.	„	„
7. —	Verschwinden nach Erholungsaufenthalt.	7 J.	Kochmann	„
8. —	Aufhören nach Klinikaufenthalt.	5 J.	Lindenblatt	„
9. Erster Schulbesuch	—	7 J.	Max Meyer	„
10. Schreck	—	4 J.	Pohlisch	„
11. Straßenbahnunfall	—	9 J.	„	Junge
12. —	Häufiger bei Erregung. In der Schule.	9 J.	„	„
13. —	Anfälle häufiger bei Erregung. Am häufigsten bei Deklamieren.	7,5 J.	„	Mädchen
14. —	Bei Schularbeiten und Erregung Häufung. Nach Klinikaufnahme sofort frei.	7 J.	„	„
15. —	Bes. b. Schreiben.	5 J.	„	Mädchen
16. —	Häufig b. Schreiben u. Ausschelten. Vorbei nach Kommunion.	3 J.	„	Junge
17. —	—	6,5 J.	„	Mädchen

Ursprüngliche auslösende Ursachen	Situationsbedingt	Alter b. Beg.	Autor	Geschlecht
18. —	Bei längerem Aufbleiben.	10 J.	Pohlisch	Mädchen
19. —	Gehäuft durch Schläge.	6 J.	„	Junge
20. —	Bei unliebsamen Ereignissen u. b. Rechnen.	4 J.	„	Mädchen
21. —	Bei Untersuchung.	4,5 J.	Stier	„
22. —	—	10 J.	„	„
23. —	Schularbeiten.	10¼ J.	„	Junge
24. —	Mehrfach nach Schreck, bei Untersuchung.	9¾ J.	„	Mädchen
25. —	—	6 J.	„	„
26. —	—	4¼ J.	„	„
27. Schauergeschichten. Kinobesuch	Mitten im Spiel („er habe an zu Hause gedacht"). Augenspiegeln, Sensibilitätsprüfung. Prügeleien mit der Schwester.	6,5 J.	Westphal	Junge
28. Schreck	—	5 J.	„	„
7 Fälle = 25%	19 Fälle = 68%.			20 Mädchen = 70%.

Tabelle IV.

Zusammenstellung der in Tabelle II gesammelten Fälle nach ursprünglicher auslösender Ursache und Situationsbedingtheit.

	Ursprüngliche auslösende Ursachen	Situationsbedingt	Alter b. Beg.	Autor	Geschlecht
1.	—	Besonders während des Unterrichts (Mathematikstunde). Seelische Erregung. Überanstrengung.	13 J.	Cohn	Mädchen
2.	Zurechtweisung durch den Lehrer.	In der Schule am schlimmsten.	10 J.	Engelhard	„
3.	—	—	6 J.	Homburger	„
4.	Heftiger Schreck.	Während Bettruhe Aussetzen. Häufung bei Ankleiden, Untersuchung.	5 J.	Friedmann	Junge
5.	Wiederauftreten bei Schuleintritt.	Bei Erregungen, Kälte und Hitze nehmen Anfälle zu.	5,5 J.	Husler	Mädchen
6.	—	Bei Untersuchung.	6 J.	Lindenblatt	„
7.	—	Wenn sich selbst überlassen, ohne Beschäftigung. In Schule u. Arbeit seltener.	6 J.	„	„
8.	Nach Schlag auf d. Kopf	—	7 J.	Max Meyer	„
9.	—	—	7 J.	„ „	„
10.	—	—	7 J.	„ „	„
11.	—	Bei schwerer Erkrankung kein Anfall. Bei Untersuchung.	8 J.	Oppenheim	Junge
12.	—	Öfters n. Aufregungen.	9,5 J.	Oppenheim	Mädchen
13.	—	Morgens häufiger, regelmäßig, wenn Patient seinen Willen nicht bekommt.	6,5 J.	Pohlisch	„
14.	—	Bei Zank und unangenehmen Schulereignissen. Frei, wenn kein Ärger.	7 J.	„	„
15.	—	Bei Kälte häufiger.	7 J.	„	„
16.	Harmloser Sturz v. d. Schaukel	Häufiger beim Ausschelten.	5 J.	„	„

Ursprüngliche auslösende Ursachen	Situationsbedingt	Alter b. Beg.	Autor	Geschlecht
17. —	Häufiger bei Aufregungen. Seltener an ruhigen Tagen.	3 J.	Pohlisch	Junge
18. —	Morgens häufiger. In Klinik besser.	6 J.	„	„
19. —	Bei Anschnauzen häufiger, auch bei Schularbeiten. Experimentell durch Rechnen.	6,5 J.	„	Mädchen
20. Während Schießerei.	Vielleicht Ausschimpfen.	5 J.	„	„
21. —	Bei Injektionen, bei Elektrisieren. Bei Lesen, Rechnen, nicht bei Aufregungen. Morgens mehr.	8,5 J.	„	„
22. —	Elektrisieren, experimentell Drehen um Querachse.	5,5 J.	„	„
23. Stoß einer Ziege	Schelte, Ärger, Klavierspielen. Vor Untersuchungszimmer.	11 J.	„	Junge
24. Nach erstem Schulbesuch	Aussetzen in Klinik. Bei Schularbeiten.	6 J.	„	Mädchen
25. Beginn d. Menses	Bei Erkältung, Unpäßlichkeit.	12 J.	„	„
26. Tod des Großvaters u. Schulwechsel	Bei Auswendiglernen, nach Besuch des Vaters, Anblick eines Leichenwagens, usw.	8 J.	Rohde	„
27. —	Bes. b. Schularbeiten.	10¾ J.	Sauer	Junge
28. —	In anderer Umgebung oder wenn Fremde da sind, meist Aufhören d. Anf. In Sprechstunde nie.	10 J.	Schröder	Mädchen
29. —	—	7,5 J.	„	Junge
30. —	Bei Regenwetter häufiger. Anfälle b. Unters.	6,5 J.	Stargardter	Mädchen
31. —	—	8 J.	„	Junge
32. —	Affektabhängig (Schimpfworte), bei Rütteln Verschwinden.	7 J.	Stier	Junge
33. Nach erstem Schulbesuch	Bei Schularbeiten u. b. Essen. Bei Untersuchg.	6 J.	Stöcker	„
34. —	Demonstriert Anfall.	8 J.	„	„
35. Schreck	—	6 J.	Zappert	Mädchen

12 Fälle = 34% 27 Fälle = 77%. 24 Mädchen = 69%.

Aus unseren Tabellen III und IV geht hervor, daß bei den „reinen" Fällen (siehe Tabelle I bzw. III) in 25% ein traumatisches Erlebnis das Krankheitsbild einleitet, wie: Unfall, heftiger Schreck, Operation, erster Schulbesuch, Erzählungen von Schauergeschichten. Bei den nicht ganz sicheren Fällen (siehe Tabelle II bzw. IV) war in 34% ein traumatisches Erlebnis im Anfang vorhanden: Zurechtweisung durch den Lehrer, Sturz, Beginn der Menses, Tod eines nahen Verwandten.

Wir sehen also, daß das traumatische Erlebnis als krankheitsauslösende Ursache nur bei dem 3.—4. Teil der Beobachtungen in Betracht kommt. Immerhin ist diese Zahl doch so erheblich, daß der Zusammenhang zwischen ihm und der Erkrankung nicht ohne weiteres abgelehnt werden darf. Man soll allerdings bedenken, daß die Angehörigen nur allzu gerne bei jeder Erkrankung nach einer Ursache suchen und daß daher die anamnestischen Angaben mit einer gewissen Vorsicht zu werten sind.

Eine andere Frage geht dahin, ob die einzelne pyknoleptische Attacke etwa von einer psychischen Situation abhängig ist. Die Durchsicht der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ergibt nun tatsächlich, daß der einzelne Anfall in weitem Umfange durch äußere Momente beeinflußt wird.

Folgende Situationen kommen hier in Betracht: am häufigsten hören wir in den Krankengeschichten, daß die Anfälle irgendwie mit unangenehmen, für das Kind peinlichen Reizen in Zusammenhang gebracht werden. Bei Aufregungen, bei Schlägen, bei Schreck, bei einer Prügelei wird vielfach eine Verstärkung der Anfallsbereitschaft beobachtet. In diese Gruppe können wir auch jene Fälle rechnen, bei denen eine Abhängigkeit von den Pflichten der Schule festgestellt wird. Recht häufig hören wir, daß der Rechen- oder Schreibunterricht zu einer Häufung der Anfälle führt, besonders wenn diese Fächer dem Kinde weniger liegen. Allerdings wird auch von einem Falle berichtet, bei dem die Arbeit zu einer Verringerung der Zahl der Anfälle führte.

Eine zweite Gruppe von Situationen, die eine Steigerung der Anfälle hervorzurufen scheint, dürfte die ärztliche Untersuchung sein, besonders wenn diese mit irgend welchen Eingriffen verbunden ist.

Bei einer dritten Gruppe scheint die „Langeweile" eine Rolle zu spielen. Es wird berichtet, daß die Anfälle aufhören, wenn das Kind durch den Aufenthalt im Freien abgelenkt ist, oder wir hören, daß die Anfälle beim Ankleiden, einer offenbar langweiligen Tätigkeit, zunehmen. Auch die Häufung der Absencen beim Essen könnte in diesen Zusammenhang hineingehören. Immerhin muß demgegenüber hervorgehoben werden, daß gerade umgekehrt gelegentlich bei Isolierung und bei Bettruhe ein Verschwinden der Anfälle beobachtet wurde, obwohl diese Situationen doch offenbar beim Kinde die Situation der „Langeweile" herbeiführen. Man sollte

aber daran denken, daß durch Isolierung und Bettruhe die meisten äußeren Reize vom Kinde ferngehalten werden und daß diese Tatsache an dem Verschwinden der Anfälle unter den genannten Umständen schuld sein kann.

Daß die Ermüdung am Zustandekommen der Anfälle beteiligt ist, vermutete schon Friedmann. Im gleichen Sinne könnte die einmal angegebene Überanstrengung und zu langes Aufbleiben wirken. Vielleicht steht hiermit auch die Tatsache im Zusammenhang, daß öfters in den Morgenstunden die Anfälle besonders häufig sind. Erfahrungsgemäß sind neurotische Kinder oft schlecht ausgeschlafen und in den Morgenstunden unfrisch.

Eigenartig sind die Angaben, daß Kälte und Hitze gelegentlich einen Einfluß auf die Häufung der Anfälle ausüben. Wir erklären uns das damit, daß solche stärkeren Reize bei gewissen Kindern unlustbetonten Charakter tragen.

Die Situationsbedingtheit der Anfälle wird dann einwandfrei bewiesen, wenn diese unter dem Einfluß eines Milieuwechsels verschwinden. Tatsächlich war das 6 × der Fall. Außerdem gelang es den Autoren, zweimal den Anfall experimentell hervorzurufen. Es ist möglich, daß in seltenen Fällen die Anfälle vom Kinde sogar willkürlich hervorgerufen werden können. Allerdings finden wir in der Literatur nur einmal einen diesbezüglichen Hinweis.

Aus den Tabellen III und IV ergibt sich, daß in 68% (Tabelle III, bezw. I), und in 77% (Tabelle IV, bezw. II), Situationsbedingtheit unzweifelhaft nachweisbar ist. Wenn wir uns überlegen, daß die Autoren bestimmt nicht in allen Fällen auf dieses Moment besonders geachtet haben, erscheinen die genannten Prozentzahlen außerordentlich hoch. Wir dürfen aus ihnen schließen, daß die Situationsbedingtheit des pyknoleptischen Anfalls zum mindesten sehr häufig ist. Ob sie durchgängig nachgewiesen werden kann, muß späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Wir selbst können zu dieser Frage wenigstens zwei Beiträge liefern, und zwar berichten wir zunächst im Folgenden über ein $4^3/_4$ Jahre altes Mädchen.

I. Fall. N. L. $4^3/_4$ Jahre, Mädchen.

Der Vater ist ein energischer, geistig bedeutender und ideal veranlagter Mann, der eine große Lebensaufgabe mit Schwung und Erfolg durchgeführt hat. Er ist zum zweiten Male verheiratet und hat aus erster Ehe ein Kind, das in einem Landerziehungsheim untergebracht ist. Aus zweiter Ehe stammt als einziges Kind unsere Patientin. Die Mutter ist ebenfalls beruflich tätig. Der Vater leidet an Heuschnupfen und Heuasthma. Ein Bruder von ihm an einer nervösen Darmstörung. Ein Bruder der Mutter soll „sprachgehemmt" sein. Die Entwicklung unserer Patientin verlief ganz normal. Sie hat

außer einer Amoebenruhr alle Kinderkrankheiten durchgemacht. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren war bei ihr ein Pavor nocturnus vorhanden. Sprechen und Sauberkeitsgewöhnung erfolgten rechtzeitig.

Im Alter von 4 Jahren 1 Monat traten zum ersten Mal Absencen auf und wird darüber Folgendes berichtet: Als die Kleine 3 Jahre 8 Monate alt war, mußte sie einmal nachts einige Zeit allein im Hause bleiben. Vater und Mutter waren beruflich abwesend. Sie erwachte und fand sich allein im Hause. Als die Mutter zurückkehrte, traf sie die Kleine in außerordentlich ängstlicher Erregung auf dem Hofe des Hauses an. Seit dieser Zeit soll die Ängstlichkeit des Kindes stark gesteigert sein, z. B. schläft es nicht ein, wenn die Mutter nicht im Zimmer ist.

Da die Mutter ihrer beruflichen Tätigkeit wegen wenig Zeit für die Tochter hatte, war sie tagsüber in einem Kindergarten, wo sie auch die Mahlzeiten einnahm. Auf einem Spaziergang mit den anderen Kindern des Kindergartens begegnete sie einem geisteskranken Araber, der schrie und sonderbare Bewegungen vor dem Kinde aufführte. Sie kam aufgeregt nach Hause und erzählte den Vorfall mit ziemlicher Erregung. In den folgenden Wochen soll dieses Erlebnis bei ihr im Vordergrund gestanden haben. Nachts wollte sie die Stimme des verrückten Arabers hören, am Tage erzählte sie von ihm und fragte immer, warum er solche Bewegungen gemacht habe.

14 Tage nach diesem Erlebnis wurden die ersten Absencen beobachtet. Die Ängstlichkeit steigerte sich besonders in der Nacht und das Kind verlangte, daß ihr Bett dicht an das der Mutter gerückt werde. Sie erwachte immer mehrmals in der Nacht und überzeugte sich durch Fragen, daß die Mutter in der Nähe sei.

Von den Eltern wird behauptet, daß tiefere und weniger tiefe Abwesenheitszustände 50 bis 60 Mal am Tage auftraten.

Auch bei uns wurden diese Zustände häufig beobachtet: der Blick des Kindes wird starr oder eingeengt, der Kopf ist leicht nach vorne übergebeugt, die Augen sind meist schräg nach oben gerichtet. Irgend welche krampfhaften Bewegungen im Bereiche des Rumpfes und der Extremitäten treten nicht auf. Kurz: es sind typische Anfälle von gehäuften Absencen. Schwerere Anfälle kommen nicht vor. Das Bewußtsein während der Absence ist sicher nicht ganz aufgehoben. Man hat den Eindruck, daß man durch energisches Schütteln oder Anrufen den Anfall unterbrechen kann.

Die Zahl der Anfälle ist bei uns ganz erheblich geringer, als von den Eltern angegeben wird. Natürlich entgeht uns bestimmt diese oder jene Absence. Immerhin kann man sagen, daß sie nicht häufiger als etwa 15 Mal am Tage auftreten.

Sehr interessant sind die Situationen, bei denen solche Abwesenheitszustände beobachtet werden. Man kann sagen, daß hier vorzugsweise unlustbetonte Situationen zum Auftreten einer Absence führen. So kommt besonders dann ein Anfall zustande, wenn irgend ein Verbot übertreten und das Kind bei dieser Gelegenheit zurechtgewiesen wird: die Kleine läuft unerlaubterweise in die Küche.

Man droht ihr mit dem Finger und es tritt eine Absence ein. Oder: sie rutscht an einer Mauer herunter. Man erwischt sie dabei und sieht sie strafend an und sofort ist ein Anfall da. Keinesfalls treten Absencen auf, wenn die Interessen des Kindes lebhaft nach außen gerichtet sind, am ehesten sind sie dann zu erwarten, wenn ihre Aufmerksamkeit in der betreffenden Situation äußerst wenig gefesselt wird. Das ist z. B. bei der langweiligen Tätigkeit des Essens der Fall, die umso langweiliger ist, je weniger beliebt die gereichten Speisen sind. Ferner ist dies der Fall bei der Liegekur. Auch Verlegenheit ist dem Zustandekommen der Anfälle günstig, ebenso bewirken Erregungszustände eine erhebliche Zunahme der Anfälle. So wirkte der Besuch der Mutter sichtlich ungünstig, und zwar hielt diese Verschlechterung mehrere Tage lang an. Beim Besuch des Vaters war das weniger der Fall.

Nicht gar zu selten wird bei den Anfällen Einnässen der Kleider beobachtet. Hie und da setzt sie sich auch bei den Spaziergängen in die Gegend, um ein „großes Geschäft" zu machen, ohne die Hosen herunterzutun.

Über das Wesen des Kindes ist folgendes zu sagen: sie ist außerordentlich niedlich, wie man zu sagen pflegt: „ein liebes Kind", aber sie ist auch ausgesprochen geltungssüchtig. Schon jetzt macht sie den Eindruck einer kleinen Dame, mit einer zwar kindlichen, aber doch unverkennbaren Koketterie. Beim Spiel möchte sie gerne die erste Rolle spielen und wenn ihr das nicht gelingt, kommt es u. U. zu einer Absence. Sie ist eitel und zeigt gerne ihre neuen schönen Kleider. Bei einer Neuaufnahme eines 4 Jahre alten Jungen wollte sie sich erst zeigen, wie sie vollständig angezogen und nett hergerichtet war. Vorher drückte sie sich. Ihre soziale Anpassung ist gut.

Die Intelligenz ist ausgezeichnet: sie entspricht etwa der einer Siebenjährigen. Körperlich ist das Kind gut entwickelt. Es ist eigenartig, daß trotz des jugendlichen Alters die femininen Körperformen schon stark betont sind (Beckenbreite, Fettansatz im Bereich des Bauches, der Hüften und des Gesäßes). Das Facialisphänomen war beiderseits positiv.

Bei der Entlassung des Kindes nach einem ungefähr achtwöchentlichen Aufenthalt waren die Abwesenheitszustände noch vorhanden. Der Vater, der selbst Arzt ist, berichtete uns aber, daß sie kurze Zeit später verschwanden.

II. Fall, O. H., 9 Jahre, Junge.

Der Vater ist unzweifelhaft eine schwer neurotische Persönlichkeit, vermutlich von schizoidem Typus. Er wandert von einem Sanatorium ins andere. Die Mutter ist völlig gesund, die Ehe aber infolge der Krankheit des Mannes brüchig. Der jüngere, 6 Jahre alte Bruder leidet an einem schnell zu beseitigenden Tic. Er ist aber psychisch unschwierig, wenn auch deutlich infantil. Patient selbst ist 9 Jahre alt. Seine Geburt erfolgte mit Kunsthilfe und als Säugling entwickelte er

sich schlecht. Er soll auch damals sehr unruhig gewesen sein, habe aber rechtzeitig sprechen gelernt.

Als Kleinkind sei sein Jähzorn und Trotz aufgefallen. Der Schlaf sei stets unruhig gewesen. Er habe häufig erbrochen und an erheblicher Appetitlosigkeit gelitten. Die Ängstlichkeit in dieser Zeit wird hervorgehoben. Späterhin sei der Eigensinn zurückgetreten, die Ängstlichkeit aber habe angehalten und mache sich vor allem in der Dunkelheit bemerkbar. Das Verhältnis zu den Kameraden sei gut.

Die Schulleistungen sind mäßig. Der Knabe ist unkonzentriert und mutlos; daher kommt er auch in der Schule nur knapp mit.

Die Abwesenheitszustände sollen seit dem 3. Lebensjahre bestehen. Ihre Dauer sei sehr kurz. Sie träten vier- oder fünfmal am Tage auf. Das Kind verliere bei ihnen den Faden der Unterhaltung, erheblichere motorische Reizerscheinungen aber sollen fehlen. Es sei nie vorgekommen, daß dem Knaben bei den Anfällen ein Gegenstand aus der Hand gefallen sei. Eine Steigerung der Anfälle soll morgens vorhanden sein, ebenso bei den Schularbeiten und schließlich beim Anschreien. Niemals seien Anfälle bei lebhaftem Spiel beobachtet worden.

Nach unseren Beobachtungen ist dieser Knabe ein ziemlich schwieriges Kind. Er verträgt sich mit seinen Kameraden schlecht, gerät leicht in Wut, ist sehr ängstlich und muß trotz seiner verstandesmäßig guten Entwicklung scharf herangenommen werden, um mitzukommen.

Die Art der Absencen besteht darin, daß der Blick des Kindes für ganz kurze Zeit einen eigenartig starren Charakter annimmt. Die Augäpfel werden für einige Sekunden nach oben gedreht, ohne daß sonstige auffallende motorische Reizerscheinungen beobachtet werden. Zweifellos ähneln sie in mancher Beziehung einem Tic. Es gelingt nicht, die Anfälle künstlich hervorzurufen. Sie treten aber vorzugsweise dann auf, wenn der Junge unter dem Einfluß irgend eines Angsterlebnisses steht, oder wenn er die Disposition hat, sich auf sich selbst zurückzuziehen. Diese Zusammenhänge sind aber keineswegs bei jeder Absence nachzuweisen.

Innerhalb der Beobachtungszeit von fast 4 Monaten tritt keine wesentliche Veränderung des Zustandes ein. Während dieser Zeit schwankt die Häufigkeit der Absencen zwar außerordentlich (an manchen Tagen werden 20 und mehr, an anderen nur ganze wenige beobachtet), von einer Heilung des Zustandes aber kann keine Rede sein.

Der erste der von uns wiedergegebenen Fälle würde als bis zur Heilung beobachteter Fall seinen Platz in Tabelle I finden. Der zweite wurde nicht bis zur Heilung beobachtet und gehört daher in den Rahmen der Tabelle II.

Unsere Beobachtungen stimmen insofern gut mit den Angaben der Literatur überein, als auch bei ihnen die Situationsbedingtheit deutlich ist. Ängstliche Stimmungen und Erlebnisse, Verlegenheit, schlechtes Gewissen, Gefühle der Beschämung oder der peinlichen

Überraschung und unlustvolle Ereignisse spielen die Rolle der auslösenden Momente. Wenn in der Literatur vielfach auf die Bedeutung der Schularbeiten, der Aufregungen, der Schläge und Strafen, des Schrecks und schließlich der ärztlichen Untersuchung hingewiesen wird, so ergibt sich ohne weiteres, daß zwischen unseren eigenen Erfahrungen und denen der früheren Autoren gewisse enge Beziehungen bestehen.

Man gewinnt den Eindruck, daß die Tendenz des Kindes vorübergehend den Kontakt mit der Umwelt abzubrechen, wenn andere lustvolle Erlebnismöglichkeiten eine Einschränkung erfahren, eine besondere Rolle bei dem Zustandekommen des pyknoleptischen Anfalls spielt. Wenn das der Fall ist, so haben wir hier eine Reaktionsform vor uns, die in den Kreis dessen gehört, was von Benjamin als Abwendungsreaktion bezeichnet wurde:

„Um zu wissen, was Abwendungsreaktion genannt werden soll, muß man sich die Bedingungen, unter denen das zwei- oder dreijährige Kind am Finger oder am Schnuller zu lutschen pflegt, klarmachen. Ein lebhaft spielendes, mit seinen Interessen ganz nach außen gerichtetes Kind hat noch niemand bei dieser Tätigkeit angetroffen. Vielmehr lutscht das Kleine dann, wenn es müde wird, wenn man es zu Bett gebracht hat, wenn es sich langweilt, wenn es beschämt ist oder in Verlegenheit gesetzt wird. Auch eine Enttäuschung oder irgend ein anderes ärgerliches Erlebnis kann die Reaktion auslösen und oft wird gleichzeitig in sehr charakteristischer Geste der Kopf gesenkt oder das Gesicht vom Beschauer abgewandt. Offenbar handelt es sich um psychologisch nahe verwandte Situationen, deren Signum darin zu suchen ist, daß die der Umwelt entspringenden Lustquellen versiegen, oder daß innere Dispositionen die Aufnahmefähigkeit des Kindes vermindern. Das Kind schließt sich von der Außenwelt ab und es errichtet beim Fingerlutschen zwischen sich und dem anderen eine Mauer. In früher Lebenszeit ist das Lutschen bekanntlich ein physiologischer Mechanismus. Das Neugeborene und der Säugling der ersten Monate führen nämlich ein völlig in sich beschlossenes Dasein und die Eroberung der Objektwelt — der Welt von innen nach außen — beginnt erst auf höherer Daseinsstufe.

Was Abwendung ist, kann auch aus anderen Verhaltungsweisen des Kindes erschlossen werden. Wird es gescholten, so hält es sich die Hand vor das Gesicht, ein anderes kneift die Augen zu, manches zieht sich in eine Ecke zurück oder verschwindet sogar unter Tisch und Sofa. Sie machen es alle wie der Vogel Strauß oder wie der Salamander, der sich tot stellt, wenn eine Gefahr droht.

Schon innerhalb des 2. oder 3. Lebensjahres, also während der kritischen Periode, kann diese Reaktionsform die vorherrschende sein. Solche Kinder gehen nicht aus sich heraus, sie ziehen sich scheu und verlegen vor den Altersgenossen und fremden Erwachsenen zurück, sind oft trauriger oder gedrückter Stimmung und ihre innere Unsicherheit und Angstbereitschaft stehen ihnen auf der Stirn geschrieben. Im späteren Leben verändert sich diese Haltung nicht. Sie

scheuen die Auseinandersetzung mit der Umwelt, finden zu den Schulkameraden keinen rechten Kontakt, fliehen aus der Welt der Realität in die Welt der Irrealität und erscheinen manchmal geradezu als jugendliche Eigenbrödler und Sonderlinge." *)

Es fragt sich nun, ob die in der Literatur niedergelegten charakterologischen Angaben hinreichen, um festzustellen, ob sich im Wesen der Kinder, die an Pyknolepsie leiden, die Tendenz zur Abwendung noch in anderer Richtung ausprägt.

Unter den 28 Fällen d. Tab. I finden sich 9, bei denen mehr oder minder deutliche Anhaltspunkte in dieser Beziehung zu erkennen sind (33%). Wir hören davon, daß die Kinder schnell deprimiert sind, daß sie sich vor dem Lehrer fürchten, daß ihre Ängstlichkeit auffällt oder daß sie als schüchtern, still, lenksam, weinerlich und bescheiden erscheinen. Bei anderen wird der mangelnde Kontakt mit den Kameraden hervorgehoben.

Auch aus Tabelle II ergibt sich etwa das gleiche und auch das Prozentverhältnis entspricht ungefähr dem der Tabelle I.

Danach dürfte kaum ein Zweifel daran vorhanden sein, daß zwischen der Tendenz zur Introversion und der Pyknolepsie gewisse Beziehungen bestehen. Allerdings muß daran erinnert werden, daß im einzelnen Falle nicht nur die eine eben genannte Reaktionsmöglichkeit vorhanden ist, sondern daß dem Kinde noch andere Verhaltungsweisen zu Gebote stehen, die die Disposition zur Isolierung überdecken und unkenntlich machen können. Wir denken dabei vor allem an den Trotz und an die Regression- d. h. das Zurückweichen in eine frühere Lebensperiode.

Wenn es sich bewahrheiten sollte, daß die gehäuften Absencen mit der Abwendungsreaktion im Zusammenhang stehen, so würde diese Erkrankung als neurotisches Zeichen zu bewerten sein und wir müssen erwarten, daß bei den von dem Leiden betroffenen Kindern noch andere neurotische Symptome vorhanden sind. Das ist tatsächlich in fast der Hälfte der Fälle nachzuweisen. Wir stoßen in den Krankengeschichten auf die Angaben, daß die Kinder auch sonst „nervös", psycho-pathisch oder seelisch abnorm sind. Häufig wird auf das Vorhandensein von Schlafstörungen und von Enuresis hingewiesen. Gelegentlich hören wir von Nägelkauen und von verzögerter Sprachentwicklung. In anderen Fällen sind sogar neben den charakteristischen pyknoleptischen Zuständen manifeste hysterische Anfälle vorhanden.

Aus unseren Untersuchungen ergibt sich, daß es berechtigt ist, von einem spezifischen Krankheitsbild zu sprechen, das man am besten als „Gehäufte Absencen" bezeichnet.

Dieses Krankheitsbild ist gegen die Epilepsie durch seine Gutartigkeit scharf abgegrenzt.

Die gehäuften Absencen gehören vermutlich in den Kreis der neurotischen Erscheinungen des Kindes. Sie erwachsen auf dem Boden der sogenannten Abwendungsreaktion und stehen damit auf gleicher Linie mit dem Fingerlutschen und der kindlichen Onanie.

*) Siehe Benjamin, „Die Krankheit der Zivilisation", S. 14.

Schriftum.

ARON: Berliner klin. Wochenschrift, 1918.

BENJAMIN: Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose. Leipzig 1930.

— Die Krankheit der Zivilisation. München 1934.

BENJAMIN-HINST: Über gehäufte Absencen. Monatsschr. f. Kinderheilkd. Bd. 56, 1933.

BOLTEN: Die Pathogenese der gehäuften kleinen Anfälle. Monatsschrift f. Psych. u. Neur., Bd. 39, Heft 1/3, 1916.

COHN: Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern. Monatsschr. f. Neur. u. Psych., Bd. 46, Heft 1/3, 1919.

ENGELHARD: Zur Frage der gehäuften kleinen Anfälle. Monatsschr. für Psych. u. Neur., Bd. 36, S. 208, 1914.

FRIEDMANN: Zur Frage der Narkolepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkd., Bd. 30, 1906.

— Zur Kenntnis der gehäuften nicht epileptischen Absencen im Kindesalter. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 9, S. 245, 1912.

— Zur Auffassung der gehäuften kleinen Anfälle. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 38, 1915.

GRUHLE: Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den Jahren 1910 bis 1920 und über das Wesen der Krankheit. (Sammelreferat mit sehr reichlicher Literatur). Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 34, 1924.

— Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin (Springer), 1931.

HOMBURGER: Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1927.

HUSLER: Bemerkungen zur genuinen Epilepsie im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 26, 1920.

— Über gehäufte kleine Anfälle, Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilkd., 1921.

KOCHMANN: Die gehäuften kleinen Anfälle im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilkd., Bd. 73, 1923.

LINDENBLATT: Über gehäufte kleine Anfälle (Pyknolepsie). Arch. f. Psychatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 74, S. 110, 1925.

MEYER, Max: Über Pyknolepsie. Zeitschr. f. Kinderheilkd., Bd. 27, 1920.

OPPENHEIM: Zur Kenntnis der Epilepsie und ihre Randgebiete. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 42, 1918.

PERITZ: Nervenkrankheiten im Kindesalter. Berlin 1912. 2. Aufl., Leipzig 1932.

POHLISCH: Zur Frage der Pyknolepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. Bd. 67/68, S. 424, 1923.

RATNER: Zur Lehre vom Diencephalon. Arch. f. Psych. Bd. 86, 1928.

REDLICH: Handbuch der Neurologie von Lewandowsky. Ergänzungsband 1924.

ROHDE: Pyknolepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 10, 1912.

SAUER: Monatsschrift für Psychatrie und Neurologie. Bd. 40, 1916.
SCHRÖDER: Allgemeine Zeitschrift f. Psychatrie. Bd. 70, 1913.
STARGARDTER: Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 95. 1921.
STÖCKER: Zur Narkolepsiefrage. Zeitschr. f. Neurologie u. Psych. Bd. 18, 1913.
STIER: Zur klinischen Stellung und Prognose der gehäuften kleinen Anfälle bei Kindern. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 80, S. 150, 1923.
STROHMEYER: Psychopathologie im Kindesalter. 1910.
WESTPHAL: Zur Psychogenese und Therapie pyknoleptischer Anfälle. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur., Bd. 138, 5. H., 1932.
ZAPPERT: Medizinische Klinik 6, 1912.
— Nervenkrankheiten im Kindesalter. Diagnostische Irrtümer. Leipzig 1922.

Lebenslauf.

Am 2. Juli 1910 wurde ich in Nürnberg als Sohn des Kaufmanns Arthur Rosenfeld und seiner Gemahlin Lili geboren und im evangelischen Glauben erzogen.

Mit 6 Jahren besuchte ich die private Vorschule Dr. Behringer in Nürnberg. Mit 10 Jahren trat ich in das Alte humanistische Gymnasium in Nürnberg ein und verbrachte dort meine ganze Gymnasialzeit. Im Frühjahr 1929 absolvierte ich.

Von meiner Universitätszeit war ich das erste Semester in Heidelberg, die übrigen vorklinischen Semester in München, wo ich Ende des Sommer-Semesters 1931 mein Physikum bestand. Von den 6 klinischen Semestern studierte ich zwei in Berlin, eines in Kiel und drei in München; dort machte ich im Herbst 1934 mein Staatsexamen.

Herbert Rosenfeld.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor E. B e n j a m i n, danke ich herzlichst für vielerlei Anregungen, gute Ratschläge und freundliche Überlassung der Krankengeschichten.